

アメリカにおけるホスピス・緩和ケアとグリーフサポートの実際

～ニューヨーク緩和ケア視察研修を通して～

My Experience of Observing Grief Support in American Hospice and Palliative Care by Joining a Study Tour to New York

横山 聖美[†]

Satomi YOKOYAMA

要旨

わが国の医療機関で行われるグリーフサポートへの示唆を得ることを目的に研修に参加した。アメリカのホスピス・緩和ケアの中でグリーフサポートは保険適応されており、医師、ソーシャルワーカー、チャプレン、ボランティアなど多職種が担っていた。アメリカでは、人種や宗教の多様性から、様々な対象特性に合わせた遺族のためのサポートグループが継続的に開催されており、遺族が自ら選び取れるシステムになっていた。わが国の医療機関で行われるグリーフサポートを主に担っているのは臨床看護師であるが、専属業務ではなく、遺族の多様なニーズに対応できていない現状がある。また、グリーフサポートに関わる専門的な教育システムや、専門職種が不足していることも課題である。本研修を通して、わが国におけるグリーフサポートを誰が担うことが適切なのかを含めた検討と共に、現在グリーフサポートを担っている臨床看護師への教育的支援の必要性が示唆された。

I joined this study tour to gain some suggestions for grief support provided in Japanese medical institutions. Grief support is reimbursed in American hospice and palliative care, provided by interdisciplinary professionals such as doctors, social workers, chaplains, and volunteers. Due to America's racial and religious diversity, various support groups suited to specific needs for the bereaved family are continuously held, so they can choose their own one. Bereavement support is mostly provided by clinical nurses in Japanese medical institutions, however in reality, they may not respond to various needs of the bereaved because nurses cannot serve them exclusively. Also, there are two issues to be solved; lack of educational system for professional grief support and shortage of such providers. Through this study tour, there is a need to be who plays a grief support in Japan to consider whether appropriate. And, the need for educational support for clinical nurse plays a grief support has been suggested.

[†] 天使大学看護栄養学部 看護学科

(2015年3月20日受稿、2015年6月26日審査終了受理)

キーワード：ホスピス・緩和ケア、グリーフサポート

hospice and palliative care, grief support

I. はじめに

大切な人との死別は、人生において最も辛く悲しい出来事である。死別による悲しみの中にいる遺族に対して、日本では、昔から葬儀や法事などの供養儀式を通じて、家族や地域の中で遺族へのサポートが行われてきた。しかし、近年、夫婦のみ世帯や単身世帯が増加し、供養儀式が簡略化された事により、家族の中でグリーフサポートを行うことが困難になってきた。さらに、8割の日本人が病院の中で死亡する現在において、身近な人の死に遭遇する経験が少ない人も多く、家庭や地域の中で、死について語りあう場面は少なくなっている。こうした中、日本でも医療機関が自施設で亡くなった患者の遺族会やサポートグループの実施を支援する機会が増えてきているが、まだ課題も多い。

がん患者遺族に限ると、グリーフサポートは、主に緩和ケア病棟のある医療施設で行われている。坂口らによる2002年の調査時点で全国のホスピス緩和ケア病棟のある施設のうち95%が何らかの遺族ケアプログラムを行っている¹⁾。現在、緩和ケア病棟のある施設は321施設(2014年11月現在)²⁾であり、遺族ケアが受けられる施設は増加していると言えるが、遺族会の開催時期には差があり、いつでも遺族が受けられるサービスになっていない現状がある。また、日本の医療機関で行われているグリーフサポートは、臨床の看護師が中心となる場合が多い³⁾が、海外ではグリーフサポートを学んでいるソーシャルワーカーなどが大きな役割を果たしていると報告されている⁴⁾。

そこで、グリーフサポートが充実しているアメリカのホスピス・緩和ケア施設で実践されているプログラムの実態を知り、わが国の医療機関で行うグリーフサポートへの示唆を得るために、ホスピス・緩和ケアを行っている病院主催の視察研修に参加した。今回、訪問したホスピス・緩和ケア施設ではグリーフサポートを行うスタッフが充実

しており、入院時から死別後まで、対象者自身が選択可能なさまざまなプログラムが用意されていた。今後のわが国で行うグリーフサポートのあり方を検討する上で、多くの示唆を得たため、本稿でこれらの内容を報告する。

II. 用語の定義

1. グリーフサポート

Stroebeらによると、グリーフ(grief)とは、死によって愛する人を亡くしたときの最初の情動(情緒)反応を示す用語であり、それは喪失への正常な反応と述べられている⁵⁾。日本語では「悲嘆」すなわち嘆き悲しむこと(広辞苑)と訳される。グリーフは本来死別以外の喪失を含む言葉であるが、日本では、死別を体験した遺族への援助を表す言葉として「グリーフケア」(grief care)、「グリーフサポート」(grief support)、「遺族ケア」(care/support for the bereaved)という言葉が使用され、それらは同義語として使用されている⁶⁾。本稿で扱う死別体験者への支援を、海外では「ビリーブメントサポート」(bereavement support)、「ビリーブメントケア」(bereavement care)と呼ぶが、日本では一般的ではないため、ここでは「グリーフサポート」(grief support)を使用する。

2. ホスピス・緩和ケア

アメリカでは、ホスピスケアは施設に限らず終末期の患者に提供されるサービスを指し、緩和ケアは終末期に限らず医師の治療と同時に受ける疼痛や症状緩和を目的とした医療を指す。すなわち、日本で言う「余命6ヶ月未満の患者」への緩和ケアは、アメリカで言うホスピスケアとなる。日本では、ホスピス・緩和ケアは同義で使用される場合が多いため、本稿では、ホスピス・緩和ケアと表記する。

Ⅲ. 視察研修の背景

1. 視察研修企画とその趣旨

この度の視察研修主催は、1983年から札幌市でがん緩和ケアを行うがん専門病院の東札幌病院である。東札幌病院は、1988年よりニューヨークのカルバリー病院(Calvary Hospital)と姉妹提携を結び、アメリカの緩和医療の実際を学ぶことを目的に、毎年、医師、看護師が研修に行っている。今回の視察研修は、医師、看護師の他、薬剤師、作業療法士などがそれぞれの立場でホスピス・緩和医療の中で担う役割について学ぶことを目的としていた。筆者は看護師の立場から、主にグリーフサポートについて学ぶ目的で研修に参加した。

2. アメリカの緩和医療について

アメリカにおいて、ホスピスケアは高齢者に対する公的医療制度である高齢者医療保険メディケア(Medicare)により保障されている。メディケアの中のホスピス給付には4つのレベルがある(表1)。給付の中でもっとも多いものが基本のホームケア(Routine Home Care)でありホスピスケアを受ける患者の96.5%が在宅でケアを受けている⁷⁾。アメリカの医療保険制度の下では入院に高額な医療費がかかる為、必然的に在宅で過ごす人が多く、ホスピスケアに関してもホームケアが中心である。そして、終末期においても自宅で過ごすことを選択し、ホスピスケアを受ける患者全体の66%が、ナーシングホームを含む自宅で亡くなっ

表1 患者が受けるホスピスケアのレベル

ケアのレベル	2012	2011
基本の在宅ケア	96.5%	97.1%
在宅で集中的なケア	2.7%	2.2%
施設にショートステイ	0.5%	0.4%
入院治療が必要なとき	0.3%	0.3%

NHPCO's Facts and Figures Hospice care in America 2013 Edition p11より

ている⁸⁾。それに対し、ニューヨークの場合は、7割の人が病院で亡くなる現状にある。ニューヨークが全米の中で、在宅死が少ない背景は医療機関の充実が挙げられる。ニューヨーク市には積極的治療を行う病院が多数あり、さまざまな治療が受けられるため、治療方法の選択肢は広がり、患者は最後まで積極的な治療を受けて終末期医療の選択をためらう意識があると報告されている⁹⁾。また、さまざまな宗教、文化的背景の違いから、死への向き合い方が異なることも一因であると言える。しかし、ニューヨークは在宅ケアの歴史も古く、サービスが充実している為、経済的負担の大きい入院よりは在宅で療養したいと選択する人が多い。それゆえ、ニューヨークでは、亡くなる直前まで自宅で過ごし、最後の数日間だけ入院し病院で亡くなるパターンが多くなると言われている。

Ⅳ. 視察研修内容

1. 視察研修の概要

2014年10月22日～24日の3日間、アメリカニューヨーク州のカルバリー病院とコロンビア大学メディカルセンター、コネチカット州のコネチカットホスピスを、各1日訪問した。本研修主催の東札幌病院とすでに交流のある先方の医師や、緩和医療に関わる専門職者から、アメリカの緩和医療の実際を情報収集し、施設見学を行った。

2. カルバリー病院：CALVARY HOSUPITAL

1) 歴史とホスピス・緩和ケア

カルバリー病院の歴史は、1899年にターミナル疾患を持つ貧しい人々の世話をしたニューヨークの女性たちの活動から始まる。1915年にはブロンクスに施設を構え、1969年にベッド数225床を有する進行がん患者のための緩和ケアを扱う専門病院として正式に認可された。前述のとおり、ニューヨークの医療はがん終末期でもホームケアが中心であり、カルバリー病院においても常に250名/

日の在宅患者を診ている。そして、在宅で症状コントロールが出来なくなった際には病院に入院し、入院後0-9日間で亡くなる方が43.7%、平均在院日数は23日である。ホームケアにおいて、症状コントロールをしっかりと行い、いつでも入院できるバックベッドがあることで、ギリギリまで自宅で過ごすことが可能であり、さまざまなホスピスケアが受けられる。

日本では、ホスピスとは施設を指す場合が多いが、アメリカではホスピスはサービスであり、提供場所は自宅、施設、病院を問わない。カルバリー病院のホスピスケアには、1日24時間週7日オンコール対応できる訪問看護、栄養カウンセリング、パストラルケア、死別した家族や身近な人のためのカウンセリング、ボランティアサービスなどがあり、それぞれの専門職スタッフが、患者の自宅に出向きホスピスケアを提供する。そして、これらはすべてメディケア給付の対象である。患者、家族は住みなれた自宅で過ごしなが、必要な治療・看護を受けることができ、精神的な問題、スピリチュアルケアまで受けることが出来る。そして、患者の病状が悪化した際にはカルバリー病院に入院し、入院後も継続して同等のサービスが受けられる。

2) グリーフサポート

病院内で行われているグリーフサポートについて紹介する。がん終末期の患者が入院すると、まずソーシャルワーカー、チャプレンが、患者・家族と面会し、死別が近い時期には24時間体制でサポートを受け付ける。施設内には、ファミリーセンターがあり(図1)暖かい飲み物とお菓子が常に用意され、いつでも利用できる心安らぐ空間を提供している。ファミリーセンターは、面会に来た家族がソーシャルワーカーと話をし、本を読む、マッサージを受ける、子どもが遊ぶなど、リラックスできる場となっている。毎週火曜日と金曜日には、入院患者の家族たちが集まるサポートグループが開催されており、入院中から家族や友人が



図1 カルバリー病院ファミリーセンター

自分の体験については話す機会があることで、死別後のサポートにつなげるように工夫されている。

死別後のサポートについては、専門のビリーブメントセクション(Breavement Section)があり、医師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、ボランティアが担当していた。遺族のサポートグループは、年齢、性別、人種などさまざまなニーズに合わせたグループがある。ファミリーセンター内にあるサポートグループの案内レターに、それぞれのグループ担当者の名前、職種、電話番号、メールアドレスが書かれている。この案内を見て、遺族は自分にあつたプログラムを選択し、電話またはメールでアクセスすると無料でサポートを受けることが出来る(図2)。日本でいう「遺族会」にあたるグリーフサポートグループの種類の多さは、様々な民族や生活背景を持つ人々が共存する社会の特徴といえる。たとえば、成人した子どもを亡くした親の会、6-11歳までの子どものための会、スペイン語を話すグループ、若い配偶者を亡くしたグループ、ヤングアダルト、男性のグループ、テイーンのグループなどさまざまな特徴を持つグループが、ブロンクスとブルックリンの2箇所の施設で開催されていた。ほぼ毎日、どこかのグリーフサポートグループが開催されており、開催時間も午前中に開催されるグループもあれば、働いている若い世代の遺族グループは、17:30や



図2 ファミリーセンター内
グリーフサポートグループのスケジュール表
などが置いてある。

19:00 から開催されるなど工夫されていた。また、17年の歴史を持つ、親を亡くした子どもたちの為のキャンププログラムもあり、2014年は6-18歳までの子どもの遺族101名の参加があり60名のカウンセラーも同行して行われていた。キャンプでは、水泳やバスケットボールなどの身体を動かすアクティビティのほか、ギターを弾く、ジュエリー製作などが行われている。

3. コネチカットホスピス：

THE CONNECTICUT HOSPICE

1) 歴史とホスピス・緩和ケア

コネチカット州のコネチカットホスピスは、1974年にアメリカで初めて設立されたホスピスであり、ニューヨーク州から車で2時間ほどの場所に位置する。コネチカットホスピスは病床数51床の小規模施設であるが、ここでも基本はホームケアであり300名/日の在宅患者を診て、病状が悪くなった時はホスピスに入院する。可能な限り在宅で過ごしているため、入院後は2-4日で亡くな

る患者が多く、看護師の日勤帯の1時間ごとに入院患者が来ることもよくあることとされていた。患者の対象は新生児から高齢者まで診ており、染色体異常(Trisomy18)の新生児や白血病の子どもが家族に抱かれて亡くなることもある。わが国の緩和ケア病棟では、患者のほとんどはがん患者であるが、コネチカットホスピスでは、患者全体のうちがん患者は50%である。その他の非がん患者は、アメリカの死因第1位が心疾患であることを反映して心不全・腎不全が多い。また、HIVの患者も受け入れている。子どものホスピスケアも受け入れているため、家族も一緒に過ごすことができる子ども専用の病室も提供されていた。コネチカットホスピスでは、日本の緩和医療の中であまり見る機会の少ない、非がん患者、子どものホスピスの実情を垣間見ることができた。

2) グリーフサポート

グリーフサポートについては、カルバリー病院と同様に、年齢、性別などの特徴に合わせたサポートグループがあった。グリーフサポートに関わっている職種は、ここでも精神科医やソーシャルワーカー、ボランティアであり、看護師はあまり関わっていない。その理由は、グリーフサポートで個別カウンセリングを必要とする場合、特別なトレーニングを受けた精神科医やソーシャルワーカーが関わる必要があるためであると言われていた。ホスピスにおいて、看護師の役割は、患者家族のアセスメントやケア計画を立てることが主であり、看護師は生前の患者家族との関わりからビリーフメントリスクの高い家族を、グリーフサポートにつなげる役割を担うという部分での関わりがあった。

アメリカでは、それぞれの専門職の役割分担が明確であること、ボランティア活動が盛んであることから、グリーフサポートも多職種が連携して行われている印象であった。

4. コロンビア大学メディカルセンター：

COLOMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

1) 緩和ケアチームの活動

コロンビア大学メディカルセンターでは、急性期病院で行われている緩和ケアチームの役割を知ることが目的に、緩和ケアチームのカンファレンスを見学した。この日のカンファレンスメンバーは、医師、ソーシャルワーカー、医学生で、患者一人ひとりのアセスメント、治療の方向性が話し合われていた。

緩和ケアチームが関わるグリーフサポートに関する事例を紹介する。たとえば、病状が進行し、治療効果が期待できない終末期がん患者で、家族から宗教上の理由でDNR (Do Not Resuscitation: 心肺蘇生を試みないこと) の了解が得られないという事例があった。この場合、支援する職種の中核はソーシャルワーカーであり、毎日キーパーソンである家族の話を聞いていた。更に、チャプレンはパストラルケア (宗教的な心のケア) を行い、多職種が連携して家族が決断できるように支援していた。患者には穏やかに過ごしてほしいが、宗教上の理由で治療を諦めることができない家族の葛藤という問題に対して、文化や宗教の違いを尊重した支援であった。

また、心臓移植待ちの為に一時的に人工心臓 (LVAD: エルバド) を使用している患者が、移植適応年齢を超えて高齢になった場合、いつどのようなタイミングで人工心臓を止めるかどうかの意向確認も緩和ケアチームで行っていた。ある患者の場合、医師が本人の意向確認のために「あなたの目標はなんですか?」と尋ねたところ、患者は「死ぬ覚悟は出来ている」と述べた。そのため、緩和ケアチームでは、せん妄の有無や、判断能力を十分にアセスメントし、結果的に、本人・家族の了解の元で人工心臓の機械を止め、10分後に家族に見守られて亡くなったということであった。

コロンビア大学メディカルセンターの緩和ケアチームでは、急性期病院の中で、患者や家族の決

断を支援するために患者・家族の文化的背景、信仰を尊重し、それぞれの専門職が専門的な立場から意見交換を行いチームアプローチで関わっていた。アメリカでは、宗教・文化的背景が多様である為、それぞれの価値観を尊重するため患者・家族の話をよく聞き、十分な話し合いのもと本人の決断を尊重することを大切にしていた。紹介した事例の一つ目は宗教の問題、2つ目は死ぬ権利の問題であり、日本ではあまり遭遇することのない状況である。しかし、揺れ動く家族の気持ちに寄り添い対話を続けること、チームアプローチでケアにあたることは、日本で行われていることと同じであり、家族の辛さ、戸惑いなどの気持ちに日米の差は無いことも伺い知ることができた。

2) チャプレンの活動

チャプレンとは、入院患者などにスピリチュアルケアを提供する専門職である。患者の希望したときにスピリチュアルケアが受けられることが病院認証機構 (The Joint Commission: TJC) による認証条件にもなっているため常駐スタッフとして勤務している¹⁰⁾。

今回訪問したいずれの病院にもチャプレンは在籍しており、グリーフサポートで重要な役割を担っていた。チャプレンは、CPE (Clinical Pastoral Education) というチャプレン養成プログラムを受講し訓練された人であり、入院中の患者のベッドサイドと一緒に祈り、家族の話を聞くなどのケアを行う。

研修で訪問した日は外来ロビーでチャプレンウィークが開催されており、外来に出入りする患者・家族に向けてパンフレットを用いて、瞑想 (Meditation) の方法を伝えたり、相談窓口の案内などを行っていた (図3)。また、病院にはどの宗教でも使用可能なチャペル (祈りの場) があった。訪問したいずれの病院にも、祈りの場は必ずあり、日々の生活に信仰が深く関わっていることが伺えた。



図3 チャプレンが配布するリーフレット

V. 考察

アメリカのグリーフサポートは、システムの多様性と、関わる職種の多さが特徴的であり、わが国のグリーフサポートとの違いであった。ここでは、遺族の個別性に合わせたグリーフサポートと、グリーフサポートを担う人材への教育、特に看護師への教育的支援の必要性について検討する。

1. グリーフサポートシステムの多様性

グリーフサポートシステムに関してわが国との違いは、遺族のニーズに合わせたサービスが多様であること、サポートを受けやすい場が提供されていることである。アメリカでは、患者の生前から遺族となる家族について、患者の病气や死が近いこと等についての受け入れ状況やビリーブメントリスク(死別後の悲嘆が複雑化すると予想される要因)を評価し、死別後家族が適切なサービスを受けることができるように工夫されている¹¹⁾。そして、ホスピスケアを受けて亡くなった患者の遺族は、死別後1年間はグリーフサポートが受けられるようになっていた。米国国立ホスピス緩和ケ

ア協会の報告によると、ホスピスケアを行っているほとんどの機関(92.5%)で、死別後1年間はグリーフサポートを行っており、2012年度は一人の患者に対して平均1.7人の家族がサポートを受けている¹²⁾。サポートの内容は、電話をかける、訪問、メールなどであり1年間にわたり継続的に行われている。そして、遺族のニーズに合わせた多様なプログラムが選べるシステムになっていた。

わが国のホスピス・緩和ケアを受けた患者の遺族プログラムとしては、手紙の送付や遺族会への案内がされている¹³⁾が、施設により時期やサポートの種類が異なり、遺族自身が選び、継続して受けられるシステムに至っていない。更に、遺族の特性ごとのグループに分けるほどの規模になっていない現状がある。遺族の特性と遺族会の参加については、統計的に高齢者死亡が多いわが国の特徴を反映し、中高年以降の参加者が多くなる傾向がある。アメリカにおいても高齢者死亡が多い傾向は同様であるが、対象者の少ない若い遺族や親やきょうだいを亡くした子どもに対してもサポートプログラムが提供されていた。近年、わが国でも若い乳がん患者の増加に伴いがんで親を亡くす子どもの割合が増加傾向にあるが、遺族である子どもがグリーフサポートを受けられる場は少ないため、遺族の特性ごとに遺族自身が選べるサポートプログラムができることが望まれる。しかし、すべての遺族がグリーフサポートを望んでいるわけではなく、ビリーブメントリスクが高い遺族のリスク評価が必要であるという報告がある¹⁴⁾。一方で、看護師が行うビリーブメントリスク評価と遺族の精神健康状態の関連は無いとも言われている¹⁵⁾。その為、遺族自身のレジリエンスを高める様々な取り組みの一つとして、サポートプログラムなどの支援も大切になっていると考えられる。

2. グリーフサポートを担う職種の多様性

グリーフサポートに関わる職種は、宗教・文化

的背景の違いに配慮した職種の配置や、グリーフサポートに関する専門教育を受けた職種の充実が日本と異なっており、特徴的である。アメリカでは宗教や信仰を持つことがその人の生き方や医療の選択に大きく影響する。そのため、どの場面でもチャプレンが介入し、患者・家族を支えていた。また、患者と関わる際は医師だけでなく、必ずソーシャルワーカーを含む多職種チームで患者・家族をサポートしており、グリーフサポートにおいてはソーシャルワーカーが調整役割を担っていた。日本の多くの施設では、ソーシャルワーカーと共に看護師がグリーフサポートに関わっているが、アメリカの研修先では看護師は関わっていなかった。専門家がグリーフサポートを行う場合、カウンセリングの訓練を受けた医師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーが行うことが望ましい¹⁶⁾。しかし、アメリカの看護師教育制度は多様であり、グリーフカウンセリングなど具体的介入方法については学習していない看護師もいる。その為、アメリカでは、ソーシャルワーカー、精神科医、臨床心理士が主にグリーフサポートの運営に関わり、カルバリー病院のビリーブメントセクションのように独立業務として認められている施設もある。

これら専門職の配置数も、日本はまだ少ないと言える。日本ホスピス緩和ケア協会によると、緩和ケア病棟を有する 257 病院のうち、ソーシャルワーカーの人数が平均 1.4 人、カウンセラー平均 0.4 人、宗教家平均 0.2 人、ボランティアコーディネーターは平均 0.3 人と非常に少ない¹⁷⁾。わが国におけるグリーフサポートは誰が担うことが適切なのかを含めた検討とともに、必要であればこれら専門職の育成と適正配置についても検討が急がれる点と考えられる。

3. わが国のグリーフサポートを担う看護師への教育的支援

今回の研修で、ホスピス・緩和ケアの中でグリーフサポートに関わる看護師の話聞くことは無か

った。アメリカのホスピス・緩和ケアにおける看護師の役割は患者・家族のアセスメントやケア方針を立てることが主であるが、ソーシャルワーカーには、グリーフサポートが業務の一つとして位置づけられている¹⁸⁾。アメリカは、専門職の業務役割分担が非常に明確であり、看護師がグリーフサポートに関わるのが少ない理由の一つと考えられる。

わが国のホスピス・緩和ケアにおけるグリーフサポートの場合は、臨床の看護師が中心となっていく「遺族会」が多い。臨床の看護師が行うグリーフサポートのメリットは、今まで通っていた病院スタッフと遺族が共に、亡くなった患者との出来事を共有できることにあると思われる。坂口らによると、遺族が望む遺族ケアサービスは「病院スタッフからの手紙やカード」に次いで、「病院スタッフと病院で会うこと」のニーズが高いと報告されている¹⁹⁾。そのため、亡くなった患者との出来事を共有できる看護師が「遺族会」などのグリーフサポートに関わることは遺族のニーズに合っていると考えられる。前述のように、わが国ではグリーフサポートに関わる専門職種の配置が少ないこともあり、患者・家族に一番近い存在である臨床の看護師が担う役割は重要と思われる。しかし、臨床現場で、日々の業務を行いながら遺族に関わる看護師もどのように対応すれば良いか戸惑うこともあり、グリーフサポートを担う看護師への教育的支援が今後必要になると考える。

VI. おわりに

本研修を通して、わが国におけるグリーフサポートを誰が担うことが適切なのかを含めた検討と共に、現在、グリーフサポートを担っている臨床の看護師への教育的支援の必要性が示唆された。今後はこの学びを看護教育、臨床実践の場で発信していきたいと考える。この研修に参加する機会を与えてくださった、関係各施設の皆様に深く感謝の意を述べたい。

引用文献

- 1) 坂口幸弘他：我が国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの実施方法－カード送付と追悼会はどのように行われているのか？－，*死の臨床* 26(1)，97-103，2003.
- 2) 恒藤暁他編：ホスピスがん緩和ケア白書 2014 プロフェッショナル養成基盤推進プランと学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み，*青海社*，64，2014.
- 3) Matsushima T, et al: The current status of bereavement follow-up in hospice and palliative care, *Palliative Medicine*, 16, 151-158, 2002.
- 4) 岩本喜久子：ホスピス・緩和ケアにおけるグリーフサポートとソーシャルワーカーの役割，*ソーシャルワーク研究*，37(4)，17-24，2012.
- 5) Margaret s. strobe, et al, 森茂起，森年恵訳：死別体験－研究の介入と最前線，*誠信書房*，31，2014.
- 6) 坂口幸弘：悲嘆学入門－死別の悲しみを学ぶ－，*昭和堂*，118，2010.
- 7) National Hospice and Palliative Care Organization: NHPCO's Facts and Figures Hospice care in America 2013 Edition. (2015年3月6日確認)
- 8) 前掲 7)
- 9) 岡田圭：エキスパートに聞くスピリチュアルケアの醍醐味【後編】，*緩和ケア*，124(2)，145-150，2014.
- 10) 小西達也：5. スピリチュアルケア，チームがん医療実践テキスト，石谷邦彦監，Part7 チーム医療の実際，339-355，*先端医学社*，2011.
- 11) 前掲 4)
- 12) 前掲 7)
- 13) 前掲 1)
- 14) J. W. ウォーデン，山本力訳：悲嘆カウンセリング－臨床実践ハンドブック，*誠信書房*，82-90，2011.
- 15) 坂口幸弘：遺族のリスク評価法の開発－死別後の不適応を予測する因子の探索－，28(1)，87-93，2005.
- 16) 前掲 14)
- 17) 前掲 2)
- 18) 黒田輝政監修，服部洋一：米国ホスピスのすべて－訪問ケアの新しいアプローチ－，*ミネルヴァ書房*，106-120，2003.
- 19) 坂口幸弘他：ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族における遺族ケアサービスの評価とニーズ，*Palliative Care Research*，8(2)，217-221，2013.